

Nr 4

Av herr **Lundberg**, om inrättande vid Uppsala universitet av en professur i barnkirurgi.

I ett kultursamhälle där människan satts i centrum måste kampen mot sjukdomar och lidande vara en ständig och central uppgift. En bristfällig eller icke fullt utbyggd hälso- och sjukvård skapar utöver lidande och nöd för enskilda ekonomisk skada för land och folk. Läkarvetenskapens snabba utveckling och framsteg när det gäller att förebygga, lindra eller bota sjukdomar är en av de starkaste produktionsfrämjande krafterna i vårt samhälle, som utan konkurrens även givit den största ekonomiska avkastningen.

Tyvärr har man, trots de hastigt stegrade utgifterna för hälso- och sjukvård och utökning av personalen, investerat allt för litet inom denna samhällssektor, och vi har därför icke kunnat tillgodogöra medborgarna, de sjuka, de resurser vi har och skulle kunnat ha när det gäller att förebygga sjukdomar eller bota sjuka eller handikappade. Detta gäller inte minst sjukdomar, missbildningar etc. som träffar barn.

När det gäller hälso- och sjukvård har ansvariga oftast endast redovisat utgiftssidan men aldrig ens tillnärmelsevis redovisat den stora nationalvinst som både humanitärt och ekonomiskt tillförts vårt land.

Under år 1967 genomfördes en lagstiftning som syftar till att ge ökad utbildning etc. åt utvecklingsstörda. Fullt genomförd medför den stora kostnader, men vi ansåg det självklart riktigt att samhället skulle söka att eliminera skiljemuren mellan friska och utvecklingsstörda. Men de flesta glömde nog att till sig själv ställa den anklagande frågan: Hur många utvecklingsstörda och handikappade finns det på våra sjukvårdsinstitutioner och annorstädes som om de i tid fått rätt medicinsk eller kirurgisk sjukvård skulle kunnat vara friska och levt ett normalt liv?

Den som något närmare följt plastikkirurgernas och pediatrikernas med fleras betydelsefulla och uppoffrande arbete att, trots begränsade personella och andra resurser, söka återföra barn till hälsa och normal livsföring, så att dessa slipper ständigt vara beroende av vårdhem eller annan omvårdnad eller tillsyn, känner både respekt och beundran för deras arbete. Men det räcker inte med detta. Det måste vara både ekonomiskt och humanitärt riktigt att samhället, där detta är möjligt, ställer både erforderlig personalförstärkning och andra resurser till förfogande för att exempelvis ett vid födseln missbildat eller handikappat barn kan få hjälp till ett "friskt" och normalt liv.

Under dessa förhållanden är det märkligt att, trots att barnkirurgin sedan länge ingått som en av de tre hörnpelarna i barnsjukvården vid sidan av invärtespediatriken och barnpsykiatrin, barnkirurgin icke har fått den personella eller materiella upprustning som måste vara en grundförutsättning för både forskning och barnkirurgisk verksamhet.

Barnkirurgin har under de senaste två decennierna världen över undergått en betydande utveckling. Den har etablerats som självständig specialitet med i många länder utbyggd organisation för undervisning och forskning. Det torde nu även för vårt land vara högt på tiden att närmare fastställa undervisningsvolym i barnkirurgi, och i samband därmed måste även en utökning av såväl personella som materiella resurser aktualiseras och lösas. Barnkirurgins hittillsvarande anknytning eller snarare brist på anknytning till de medicinska fakulteterna är helt inadekvat i förhållande till ämnets betydelse för forskning och läkarutbildning. Frånsett en personlig laboratur i barnkirurgi (speciellt barnurologi) som nyligen inrättats vid karolinska institutet finns i Sverige icke någon akademisk befattning inom ämnet. För ämnets fortsatta och nödvändiga utveckling särskilt inom undervisning och forskning må professorer i barnkirurgi anses synnerligen angelägna.

Utvecklingen av den internationella barnkirurgin har skett framför allt vid två större centra i Boston (Childrens Medical Center) i början av 1930-talet och vid det stora barnsjukhuset i London (Hospital for Sick Children). En accelererad utveckling sker under följande decennier, då man upptäcker att en rad tillstånd, som hittills betraktats som hopplösa, kan kirurgiskt korrigeras till full hälsa eller varierande grader av förbättring. Bland dessa må nämnas operation av missbildning av matstrupen, ett stort antal missbildningar av tarmen och särskilt analtrakten, som i dag kan korrigeras till fullgod funktion. Vidare har vi vattenskalleproblemet. Sedan 1956 kan man sätta in en plastventil, som medfört en revolution för dessa barns fortsatta levnad och radikalt skurit ned antalet fall som behöver vårdas på vårdhem. En stor sektor är även urinvägsproblemen hos barn, där de senaste två decennierna givit en mängd nya operationstekniker att korrigera avflödes hinder i urinvägarna och där man alltså med en tidig operation förhindrar njurarnas förstörelse och ofta kan definitivt förhindra långa lidanden av urinvägsinfektioner. Under tiden efter andra världskriget har disciplinen utvecklats snabbt och erkänts som specialitet i de flesta länder i världen. Särskilt snabb har utvecklingen varit inom Östblocket och progressiva länder såsom Japan och Australien, där antalet barnkirurgiska avdelningar i förhållande till populationen blivit särskilt stort.

Ute i världen drivs den barnkirurgiska undervisningen i regel under den pediatrika undervisningen, då ju som regel barn ligger inlagda på

särskilda barnsjukhus. Under de senaste två decennierna har också tillkommit professurer i barnkirurgi, ett tiotal professurer i USA och Japan samt i de flesta länder i Europa, såsom t. ex. England, Frankrike, Tyskland, Italien, Polen, Östtyskland, Ungern m. fl.

Större forskningscentra i barnkirurgi finns i dag vid de större kliniker i USA, Canada, Japan m. fl. Ett land som Australien har t. ex. i Melbourne vid barnsjukhuset därstädes ett stort forskningsinstitut, där man redan delat upp den barnkirurgiska forskningen på ett antal underavdelningar såsom urologi, gastroenterologi etc.

Barnkirurgin är nu erkänd som specialitet i Finland, Sverige och Norge och troligen snart även i Danmark, då specialavdelning nu finns vid Righospitalet i Köpenhamn. Specialavdelningar finnes utom i Sverige och Köpenhamn även i Oslo och Helsingfors. Resurserna inom undervisning och forskning har varit obetydliga. Professur i barnkirurgi finnes i Norden endast vid barnkirurgiska kliniken i Helsingfors. Sedan ett par år finnes som anförts en laboratur i barnkirurgi vid karolinska institutet i Stockholm. I övrigt saknas helt anknytning till medicinska fakulteterna. Den forskning som bedrivits har huvudsakligen finansierats genom tillfälliga anslag.

Den barnkirurgiska utvecklingen i Sverige utvisar att vi erhöll särskilda barnsjukhus under mitten av 1800-talet såsom Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt för sjuka barn 1854 och Göteborgs barnsjukhus 1859. Särskilda kirurgiska avdelningar tillkom vid dessa båda sjukhus vid sekelskiftet. Ytterligare barnkirurgiska avdelningar tillkom vid karolinska sjukhuset, Stockholm, 1952, universitetskliniker i Lund 1957, akademiska sjukhuset, Uppsala, 1960. Barnkirurgisk verksamhet har även 1966 påbörjats i Malmö. En ny avdelning är under uppförande i Umeå och beräknas tas i bruk inom 2 à 3 år. En utvidgning av kliniken i Lund är planerad och för närvarande ritas även en ny avdelning i Linköping.

Verksamheten vid barnkirurgiska kliniker i Sverige utvisar att under 1965 intogs 11 017 barn på vilka utfördes 7 624 operationer. Antal besök vid mottagningar vid dessa kliniker var samma år 47 736. Volymen av den öppna vården är i dag omöjlig att ens uppskatta, då antalet barn som behandlas av allmänpraktiker sannolikt är mycket stort och en uppdelning mellan invärtes och kirurgiska sjukdomar hos barn för närvarande är omöjlig. Inom uppsalaregionen vårdades år 1964 20 000 barn i slutenvård, varav på kirurgiska avdelningar ca 5 000 och på pediatrika avdelningar 8 200. Gissningsvis kan då sägas att i hela landet per år ca 30 000 barn i samband med operation vårdas på kirurgiska avdelningar — inklusive öron- och neurokirurgi.

Den barnkirurgiska avdelningen vid akademiska sjukhuset startade 1960 med en biträdande överläkare, sedan har tillkommit två underläka-

re. Den 1 juli 1966 ändrades biträdande överläkartjänsten till ordinarie överläkartjänst. Utvecklingen av den kliniska verksamheten utvisar att redan 1963 nådde avdelningen med sina 22 platser sitt maximum, d.v.s. 950 intagna per år. Sängplatserna torde därmed vara bland de effektivast utnyttjade på sjukhuset, dvs. med kortaste tombäddstiden. Som vanligt när man startar en ny medicinsk verksamhet har ett tämligen stort latent behov visat sig. En väntelista har således stadigt stigit under åren och omfattar f. n. ca 250 fall. Då ca 70 procent av klientelet tas in akut kan dock endast få fall kallas från väntelistan. Detta betyder att i dagens läge en tidsbestämd väntelista med huvudsakligen urinvägsfall är fulltecknad för hela året 1968. Icke tidsbestämda fall får därmed vänta mer än 2½ år. Ca tredjedelen av klientelet vid avdelningen är i dag urinvägsfall, där tidig operativ korrektion är en förutsättning för en god prognos. 36 fall utgöres i dag av urinrörsmisbildning hos pojkar, där av psykologiska skäl man vill göra den operativa korrektionen före skolåldern. Detta kan f. n. icke realiseras.

Undervisningen i barnkirurgi bedrivs i huvudsak under kursen i pediatrik. Varje kandidat tjänstgör på avdelningen under två veckor och har dessutom 4 föreläsningstimmar i barnkirurgi samt seminarier och kliniska konferenser. Med en stab på två underläkare och avdelningens stora akuta klientel (70 %) är denna undervisning synnerligen bristfällig. Dessa förhållanden har även påpekats i anslutning till den färdigställda utredningen över läkarutbildningen.

Organiserandet och upparbetningen av en ny klinisk verksamhet har tidsmässigt medfört stora svårigheter för forskningen. Genom privata medel från Ivar Philipsons stiftelse samt Wallenbergsstiftelsen har dock barnkirurgiska kliniken tillgång till forskningslokal. Forskningen har följt tre huvudlinjer: hydrocephalusproblemet (vattenskalle), blodersättningsmedlet Dextran samt urinvägsproblem hos barn. Ett 20-tal arbeten över dessa problem har publicerats och ett stort antal föreläsningar hållits såväl vid europeiska kliniker som i USA, Canada, Australien och Japan. Vid kliniken beräknas under våren 1968 färdigställas en akademisk avhandling över hydrouretärproblemet (vidgade urinledare).

Barnkirurgi är en *preventiv* sjukvård. Målet för de flesta kirurgiska ingrepp torde vara att så tidigt som möjligt kunna korrigera en missbildning eller en sjukdom i ett organ för att förhindra en nedsättande sjukdom och även förhindra irreparabla skador t. ex. i njurar. Antalet människor med irreparabla skador på njurarna är i dag mycket stort, vilket aktualiserat njurtransplantationsproblemet. Dock är prognosen vid njurtransplantation trots allt i dag mycket dubiös och det torde vara riktigt att åtminstone parallellt härmed välja en framkomlig väg: nämligen att i tid diagnostisera och kirurgiskt behandla missbildningar i urinvägarna

hos barn, där chanserna till ett gott behandlingsresultat utan tvekan är vida bättre.

De senaste tre decennierna har givit barnkirurgin operationsmetoder för helt eller delvis invalidiserade tillstånd där tack vare operation ofta full hälsa kan ernås. Som exempel härpå kan nämnas följande. Matstrupsmissbildning med avsaknad av en del av matstrupen — vilket är oförenligt med fortsatt liv då patienten ej kan svälja — som nu korrigeras första levnadsdygnen, något som oftast leder till full funktion. Ersättning av skadad eller missbildad matstrupe med tarmslynga. En lutskada förstör ju ofta matstrupen helt och defekten kan nu överbryggas med en tarmslynga. Det är ju ett olidligt tillstånd att ej kunna inta föda rätt väg. Fem fall har hittills opererats i Uppsala och alla barnen lever och intar sin föda utan sväljningsbesvär och lever ett fullt normalt liv. Operation av analmissbildning medförde tidigare i regel inkontinens, dvs. barnet kunde ej alls kontrollera avgång av avföring. Genom en ny operationsmetod ernås nu i regel fullgoda resultat för denna svåra missbildning. Operation av s. k. "megacolon". Detta är ett för barn svårt invalidiserande tillstånd, där ett stopp i tarmen inträder på grund av medfödd brist på nervceller till grovtarmen. Dessa barn får en synnerligen besvärande förstoppning, svår undernäring och enorm uppdrivning av buken. En svårt invalidiserande sjukdom, som sedan 1948 medelst en kirurgisk operation kan korrigeras till full besvärsfrihet i mer än 90 procent av fallen. Antalet barn med urinvägsinfektioner är betydande och beror i övervägande antalet fall på medfödda hinder för urinavflödet. Enligt en tillförlitlig uppgift har 10 procent av alla nyfödda barn lindrigare eller svårare former av missbildningar i urinvägarna. Av alla missbildningar hos barn utgör urinvägarna 30—40 procent. Urologi utgör i dag tredjedelen av klientelet vid barnkirurgiska kliniken i Uppsala. För ett par decennier sedan bedömdes de kirurgiska urinvägsfallen hos barn vara sällsynta och i regel höra hemma inom icke operabla tillstånd. I dag torde ca trefjärdedelar av klientelet urinvägsproblem hos barn kunna med framgång opereras. Hydrocephalus (= "vattenskalle") har en frekvens av 0,78 per 1 000 födda, dvs. i Sverige ungefär 134 nya fall per år. 70 procent överlevnad de följande tre åren (hittills undersökt). Operationen har medfört en betydande reduktion av antalet vårdhemsfall i denna kategori och har även betydligt förenklat problemen med skötseln på vårdhem om detta är nödvändigt på grund av andra missbildningar. Förr kunde en vattenskalle utvecklas till mycket stora proportioner. I dag kan med valveln denna process 100-procentigt hejdas och 70 procent överlevnad erhållas. Ovannämnda operation, där vattenskalleprocessen hejdas genom insättande i hjärnan av en plastvalvel, introducerades i Skandinavien av docenten och överläkaren Gunnar Grotte. Diagnostiska och operativa metoder har förbättrats och under 1968 beräknas en avhandling färdigställas vid barnkliniken.

Vissa barn föds med handikapp, som än ej kan helt korrigeras, t. ex. missbildning av ryggmärgen med förlamning av bl. a. ben och urinblåsa. Mycket har dock under senare år ändock kunnat göras för även tidigare "hopplösa" fall som dessa. Förbättrade proteser och urinblåseoperationer har även här varit framgångsrika.

Den barnkirurgiska forskningen har alltså under de senaste decennierna givit utomordentligt goda och för patienten, barnet, bestående resultat. Detta är ju nödvändigt, då man ju ej här som hos vuxna talar om 5-årsläkning, utan här måste ju patienten dras med operationsresultatet *hela* livet. Det barnkirurgiska fältet torde även vara sällsynt tacksamt för en fortsatt och intensifierad forskning. Bland riktlinjer för detta arbete kan nämnas exempelvis urinvägsinfektioner, elakartade tumörer samt även uppkomsten av missbildningar, som ju aktualiserats genom neurosedynet. Maligna njurtumörer hos barn ("Wilm"-tumörer) ansågs för 30 år sedan ha möjligen 5-procentig chans till överlevnad. Med kombination av kirurgi och ett nyligen uppfunnet preparat (Actinomycin D) har chansen till överlevnad och full hälsa ökat till 80 procent.

Kulturlandet Sverige kan givetvis framhålla den låga spädbarnsdödligheten och en väl utbyggd *invärtes*-medicinsk barnavård. Tyvärr måste man dock konstatera, att den barnkirurgiska delen är sorgligt försummad i vårt land, trots vår klara målsättning att ge varje nyfött barn en optimal chans till full hälsa. Det gäller därför att den låga barnadödligheten även kan ge de nyfödda med sjukdomar och missbildningar, genom bl. a. en utbyggd forskning och barnkirurgins praktiska tillämpning, möjlighet att leva ett normalt och meningsfullt friskt liv i stället för att, på grund av att vi tror att det saknas ekonomiska resurser, döma många av dem till livslång vård på ett sjukhem.

Av vad ovan i korthet anförts framgår med all tydlighet att behovet av en snabbt utbyggd forskning, undervisning och praktisk tillämpning av barnkirurgin har mycket hög angelägenhetsgrad vid samtliga undervisningssjukhus.

Landstingen har som huvudmän ansvaret för den öppna och slutna sjukvården och bör självfallet fullgöra sin uppgift att praktiskt söka lösa de därmed förenade problemen. Forskning och utbildning är statens uppgift men är även en förutsättning för att sjukvårdens huvudmän rätt och riktigt skall kunna planera och fullgöra sitt arbete. Forskning och undervisning är själva grunden för att vi skall kunna ersätta det gamla förvarings-tänkandet med förebyggande och botande åtgärder samt ge varje nyfött barn en optimal chans till full hälsa. Men skall denna målsättning bli meningsfull måste staten, riksdagen, ge flera tjänster till forskning och undervisning samt jämväl vidtaga en materiell upprustning för att detta skall kunna ske. Kostnadsmässigt medför detta att statens utgifter för forsk-

ning och undervisning ökar, men landstingen ges samtidigt möjlighet till en strukturförändring av sjukhus och vårdhem samt öppen vård som anknyter till den målsättning generaldirektören professor Rexed angivit i en nyårsintervju. Samhällsmässigt och ekonomiskt måste en sådan utveckling, liksom varje lyckad medicinsk eller kirurgisk åtgärd som för till hälsa och normal livsföring för någon som annars skulle vara dömd att leva och vårdas på sjukvårdsanstalt, vara en stor humanitär och ekonomisk vinst.

Uppsala universitet har gjort upprepade framställningar om en professur i barnkirurgi vid akademiska sjukhuset i Uppsala, men detta har hittills icke gett något resultat. Vid barnkirurgiska kliniken tjänstgör som överläkare docenten Gunnar Grotte, som inom vårt land och i internationella sammanhang gjort sig känd som en förnämlig och erkänd forskare och praktisk barnkirurg. De tre sakkunniga till överläkartjänsten i barnkirurgi, professor Lars Thorén, Uppsala, docent T. Ehrenpreis, karolinska sjukhuset, Stockholm, och docent G. Ekström, Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus, Stockholm, har även kompetensförklarat docent Gunnar Grotte för en professur i barnkirurgi. En professur i barnkirurgi vid akademiska sjukhuset bör som förste innehavare ha docent Gunnar Grotte. En sådan lösning kommer att tillmötesgå kraven på ökad forskning och utbildning men även tillämpningen av praktisk barnkirurgi.

Med hänvisning till det stora och aktuella kravet på en utbyggnad av barnkirurgin, forskning och utbildning samt vad ovan anförts hemställes, att riksdagen måtte besluta att vid Uppsala universitet från den 1 juli 1968 inrätta en professur i barnkirurgi och att till förste innehavare av tjänsten utse överläkaren i barnkirurgi vid akademiska sjukhuset, docent Gunnar Grotte.

Stockholm den 12 januari 1968

John Lundberg (s)

Nr 5

Av herr **Nordstrandh**, om inrättande av en professur i u-landsfrågor.

(Lika lydande med motion nr 1 i Första kammaren)

Stockholm den 12 januari 1968

Ove Nordstrandh (h)